

医療・福祉領域における権利擁護制度の検討（二・完）

高橋 涼子

目次

第1章 権利擁護（アドボカシー）の意義

第1節 医療・福祉における「自己決定」の現状

第2節 アメリカ合衆国における権利擁護（アドボカシー）

第3節 権利擁護（アドボカシー）の制度的意義

第2章 地域への社会資源移動と権利擁護

第1節 日米の精神医療の現状と問題提起…一九六〇年代のターニングポイント

第2節 ウィスコンシン州マディソン（デーレン郡）の精神医療政策

第3節 小括…精神医療政策比較の陥穽と展望

（以上、四六巻一号）

第3章 一九九〇年代アメリカ合衆国の医療・福祉政策

第1節 権利擁護と参加の進展…リカバリー概念の普及

第2節 新たな課題1…パブリックセクターへのマネジドケア導入—

ウィスコンシン州デーレン郡の精神医療政策2

第3節 新たな課題2…強制的外来治療（Involuntary Outpatient Commitment）

終章 権利擁護機関の役割

第1節 権利擁護機関の変遷と役割：Wisconsin Coalition for Advocacy（WCA）の事例から

第2節 日本における地域への社会資源移動と権利擁護の展望（以上、本号）

第3章 一九九〇年代アメリカ合衆国の医療・福祉政策

今日、アメリカ合衆国の医療・福祉政策は、日本との対比において、良きにつけ悪しきにつけ引き合いに出されることが多い。病気や障害をもつ当事者の権利を擁護し自立を支援する諸政策が紹介されモデル化される一方、医療分野の市場化の進展・プライベートセクターのサービス供給の増大に伴い医療・福祉サービスへのアクセスに関して経済力による格差が広がり四千万人といわれる医療無保険者の存在が指摘される。

本稿では、単純な理想もしくは反面教師という捉え方を極力避け、第1章・第2章で論じた権利擁護の意義という視点から、まず、精神医療分野を中心に一九九〇年代アメリカ合衆国の医療・福祉政策動向を概観する。そして、 Wisconsin 州における具体的な施策の進展と権利擁護機関の関わりについてインタビュー調査をふまえて検討し、日本の医療・福祉領域における権利擁護（アドボカシー）システムへの示唆を考察する。

第1節 権利擁護と参加の進展…リカバリー概念の普及

一九九〇年代には、精神医療サービスのコンシューマー・当事者の権利の保護と地域に基盤をおくケアにとって重要な法的整備が行われた。⁽¹⁾ 一九九〇年の障害をもつアメリカ人法（American with Disability Act, 以下ADA）、一九九一年の患者の自己決定法（Patient Self-Determination Act）、一九九六年の精神医療パリティ法（Domenici-Wellstone Mental Illness Parity Act）、⁽²⁾ 等がそれである。また一九九九年にはADAに基づいて最高裁の決定が出されたオルムステッド・ケースによって、地域で暮らすことが適切なコンシューマーのために適切な資源を整えその生活を可能にしていくべきことが示された。障害をもつ人に対して州が地域での生活環境を整備しなかった結果、施設生活を余儀なくさせるのは、ADAに照らして差別にあたる、と最高裁が裁定したものである。州は、精神病院

やナーシングホームの入院者や、地域での精神医療サービスが不十分な結果、刑務所に不適切に収監され続けている人々に対して、地域での生活を可能にする施策を整備する責任を負うことが示された。このケースは、 unnecessary 施設収容は容認できない差別を構成するという判断を示したものととして画期的であると評されている。

こうした潮流の中で、精神医療サービスのシステムが目指すべき方向や中心的な理念として、一九八〇年代以降、精神医療サービスのコンシューマー・当事者運動で提唱されてきた「リカバリー」概念が普及し、当事者のエンパワメントや参加が推奨されるようになってきた。「リカバリー」は、単純に訳せば「回復」だが、精神医療システムにおいて専門職側からみた心理社会的リハビリテーションや寛解とは一線を画し、当事者の視点から病いのプロセスを意味づけし支援のあり方を提起するという非常に明確な立場表明を伴う概念であり、この概念を反映するプログラムとは、症状の抑制をひたすら目指すのではなく、病気があっても有意義な人生が可能であるという方向性やプロセス、そのことを信じる姿勢、といった内面的側面と、症状そのものに焦点を当てる医療モデルのかわりに自尊心やアイデンティティの回復、社会における意味のある役割といった外面的側面の双方に働きかけ、症状をコントロールしながら意義のある社会生活を営めるよう支援するものでなければならない。もともと当事者自身の体験記録の中で紹介された概念であるが、脱施設化、地域生活支援のプログラムのさまざまな試み、心理社会的リハビリ、当事者本人や家族のセルフ・アドボカシー運動の成長を背景として、病院という場による剥奪体験の告発から出発しつつもそれ以外に多くの社会的視点を含んでいることが特徴である。多くの重い精神病の当事者がよい経過をたどっていることを示す調査によって裏打ちされて、精神医療サービスの提供者側、専門職の人々に、「リカバリーを信じて当事者を支援する」という発想の転換とサービスシステムの再構成を迫った。⁽³⁾

リカバリーを促進するサービスにおける専門職の役割は、当事者自身が自分の健康に責任をもち日々のできごとについてうまく対応していくのに必要なスキルを發展させ、施設サービスへの依存を減らす手助けとなることであるとさ

れる。従来のリハビリテーションサービスは専門家の技術によって体系化され、人工的な臨床環境の中で当事者の時間をいわば管理する形で行われてきたが、そうした発想ではなく、現実の生活において具体的に、例えばコミュニティの中で仕事を得て働いていくことや家庭の中で子どもを養育するスキル—このことは子どもの養育権を勝ちとったりあるいは喪失するのを防いだりするという意味がある—を教えるといったサービスの方が、コミュニティに統合され役割と責任を果たしアイデンティティや希望の感覚をもつことにつながる。さらに重要なのは当事者自身により運営されるサービスが果たす役割の重要性である。ピアカウンセリング、互助グループ、ドロップインセンター、危機時のレスパイトサービスなど種々の形態があるが、対等な関係性と同じような経験の共有が特徴であり、以前に受けた治療でいやな思いや否定的な体験をして専門職によるサービスを信頼できない人々にとっても、医学モデルとは異なる枠組みをもち病理学を前提としない対話を通じて働きかける点で有用である。⁽⁴⁾ リカバリー概念を精神保健システムに組み込むことを表明した州では、ハンドブックを作り専門職の研修を行って意識改革を行うほか、意思決定過程に当事者を加えて関与の度合いを強めたり、リカバリー志向のサービスプログラムに予算を割り振ったりすることを通じて具体化をはかるが、このことは当事者団体によるサービス提供活動を支援することにつながっている。

コンシューマー・当事者の権利・自由の拡大という潮流がみられた一九九〇年代であるが、一方で、アメリカ合衆国の精神医療が近年、経済的側面と治療の強制に関する側面の二つに大きな政策課題を抱えていることは、例えば次のように整理して指摘されている。⁽⁶⁾

①薬物やアルコール依存症の患者に対する公的援助の可否 (public financial support for individuals with addicts) : 治療への参加を条件に SSI (Supplemental Security Income、補足的所得保障) を支給されている依存症患者の数が

増加する中で、実際には治療を行っておらず支給された金額をアルコールや薬物購入にあてるような不適切な受給が含まれている、という調査結果から、一九九六年に依存症を理由とする支給の打ち切りが決定された。しかしこれによって生活の資金を絶たれた患者も多く、一部はホームレス化したとみられる。

②治療の強制に関する議論（involuntary commitment of mentally ill）：裁判所の命令による強制入院については、個人の自由を侵す処遇であることから、差し迫った自傷他害の危険性を根拠に厳格に適用する手続きが一九七〇年代の判例を通じて確立している。しかしこの基準は厳しすぎて実際に治療が必要な患者を治療に赴かせることができないという批判が、患者の家族を中心とする当事者団体 NAMI（National Alliance for the Mentally Ill）等から根強い。こうした批判が次にみる強制的外来治療の制度形成に対する動機付けの一つとなっている。

③強制的外来治療（outpatient commitment for the mentally ill）：裁判所の命令による地域内での治療命令である。ノースカロライナ州を先駆として一九九〇年代末までに三十五州以上で法制化された。投薬の継続といった治療計画に地域に住んでいる患者を従わせ、症状の悪化を防いで入院を減らしたりコミュニティでの暴力を防いだりすることに効果があるという支持に対し、適用される場合に関するクライテリアが強制的入院に比べてゆるやかに設定される場合が多いことから、治療を拒否する権利を奪い州の過干渉や濫用を招きやすいという批判がある。有効性については、こうした患者を実際に引き受ける地域の精神医療センターの積極性といった様々な変数によって変化し評価は一定していない。

④精神医療に対する保険支払い（insurance parity for mental health care）：民間の保険会社が精神医療に関わる支払い額の上昇に対抗して非常に低く設定したり上限を設けたりしたため、実際に必要なサービスを受けられない人々が増えた事態を受け、各州で、身体疾患と同等にカバーするよう法制化が進んだ（二〇〇〇年までに二十二州）。一九九六年には連邦法として Dornick-Wellstone mental illness parity provision Act（精神医療パリティ法）が成立し

たが、個人対象の保険は対象外とし従業員五十人以上の企業を対象とする保険に限定され、受診回数制限やマネジドケアには触れないなど、極めて限定された内容であると批判される一方、こうした政府による制限の設定そのものが私的企業の市場に対する干渉だとするリバタリアンからの批判もあり、この政策そのものが困難を抱えている。

②と③は治療の強制あるいはコンシューマー・当事者の自由の制限の問題、①と④は精神医療分野に関わるコストの問題としてまとめられる。本章では、治療の強制の問題については、第3節で権利・自由の制限という課題を呈示するものとして、日本ではまだあまり紹介されていない③を中心に紹介しつつ検討する。コスト問題については、患者に対する公的扶助の削減や保険会社との葛藤といった厳しい環境を、次の第2節で概観する精神医療へのマネジドケア適用政策の背景として確認しておく。

第2節 新たな課題1…パブリックセクターへのマネジドケア導入―ウィスコンシン州デーデン郡の精神医療政策2

経済的側面から医療・福祉政策の傾向を総括すれば、一九九〇年代は福祉改革、特に就労を核とする受給者絞り込みと民営化が進められた時期でもあった。精神医療サービスのコンシューマーはSSIやメディケイド、メディケアのような連邦政府や州の公的支援を受給して治療や生活を支えてきたが、コストの問題はパブリックセクターのサービス提供の方法を変化させる大きな原因となった。

プライベートセクターでは、ヘルスケア支出における精神医療関連の支出割合の上昇に対して危機感をもっていた保険会社や雇用した従業員の保険料を負担する雇用者の危機感を背景にして、過去二十年の間に精神病や依存症治療の分野へのマネジドケア導入が進み、一九九九年には民間の健康保険にはいつているアメリカ人の七九%が精

神医療分野についてマネジドケアプランに加入したという。その結果、精神医療関連の支出割合上昇に歯止めがなかった。パブリックセクターでも精神医療分野のコスト上昇は深刻で、例えばメデイケイドからの、長期に精神病を煩う患者（persons with long-term, severe mental illnesses）の地域精神医療に関する支出は、地域精神医療プログラム全体のコストの三分の一を支えるに至ったという。このことは州のメデイケイド財政に危機をもたらし、多くの州がメデイケイド加入者あるいは貧困者に対する精神病や依存症治療にマネジドケア導入を検討したり取り入れたりするようになったのである。一九九八年にはメデイケイド受給者の五四％がマネジドケアタイプのプログラムに組み込まれることとなったという。民間の保険会社のようにマネジドケアを導入し出来高払い（fee-for-service）から人頭払い制（capitated payment）へ切り替えることで、保険者としての連邦政府や州は自身の経済的コストを減らし、契約を結んだサービスプロバイダーや郡、家族へとリスクを転嫁する。プロバイダーには高コストのサービスを低コストで同等の効果的サービスに置き換えようとする動機付けが生じて、典型的には例えば施設ケアを地域ケアに置き換えるようになるとされる⁽⁸⁾。

本節では以下で、ウィスコンシン州のパイロットプログラムとして計画され二〇〇六年から実施予定のデーノン郡におけるSSI受給者に対するマネジドケアプラン導入について二〇〇五年六月～八月に行った調査をもとに紹介し検討する。

△背景▽

ウィスコンシン州では、一九九〇年代半ば、共和党出身の州知事トミー・トンプソン（一九八七年から一四年間、ウィスコンシン州知事、その後二〇〇四年一二月に辞意を表明するまでブッシュ政権の厚生省（Department of Health and Human Services）長官）によって、Wisconsin Works（W-2）と呼ばれる福祉改革が行われた。その基本姿勢

は福祉より仕事、自己責任、家族の相互扶助、地域の相互扶助、最小限のサービス、サービス提供への競争導入といった、自助自立、私的相互扶助、競争原理とアカウンタビリティを前面に押し出したもので、直接的な金銭的援助は大幅にカットされることになった。マネジドケア導入はこの改革の必須の要素と位置づけられ、W-2の対象となった人々は、従来のメディケイドによる出来高払いのサービス制度から移され地域のHMO (Health Maintenance Organization) へ登録されることになった。精神医療分野に対してもこうした改革の影響は波及し、一九九五年にはマネジドケア導入検討のためのワーキンググループが州の保健当局のもとに招集され、さらに九六年に州や郡の保健当局、プロバイダー、保険会社、当事者本人やその家族、権利擁護機関といった様々なステークホルダーから成る特別検討委員会 (Blue Ribbon Commission) が知事によって任命され、利害関心を調節し方針をまとめた報告書が九七年に提出された。その要点は、リカバリー概念の導入と、より包括的な精神医療システムの運営、つまりマネジドケアの導入であった。この報告書に基づいて Wisconsin 州でも第1節でみたようなリカバリー概念に基づくサービス内容の再編が行われるとともに、次に紹介する郡のマネジドケアパイロットプログラムが形成されていくのである。⁽⁹⁾

〈Health Plan for Community Living〉

以下に紹介し検討するデー郡のマネジドケアパイロットプログラムの概要は、二〇〇五年六月～八月に行った Wisconsin 州マディソンでのデー郡精神保健センター Mental Health Center of Dane County, Inc. (以下 MHC DC) の前ディレクター Tim Ois 氏と障害者の権利擁護機関 Wisconsin Coalition for Advocacy (以下 WCA) の弁護士 Dianne Greenly 氏へのインタビュー調査及び提供された資料によるものである。両氏ともプログラム作成関係者である。プログラムのサービスの枠組みは、郡の保健省 (Dane County Human Services Department)、身体障害者

への地域生活支援サービスの実績をもつ Community Living Alliance, Inc. (以下CLA)、精神医療分野の地域サービス提供に実績をもつ MHCD C が中心となって作成された。⁽¹⁰⁾ CLA は当事者参加型の非営利団体、DCMHC も非営利団体で長年、郡の保健省と契約し精神医療サービスの計画と提供を行ってきた。

デーン郡は郡内に住む SSI (Supplemental Security Income 補足的所得保障、連邦政府による貧困者への金銭支援で受給者は自動的にメデイケイド加入者となる) 受給者を対象としたメデイケイドのマネジドケアプログラムを二〇〇六年初めからの実施を目指して準備中である。このプログラムは Health Plan for Community Living と呼ばれ、精神障害者の多くはこのプログラムに包摂される予定である。一九九七年に前述の Blue Ribbon Commission の最終報告書が知事に答申された際、デーン郡は精神医療における新たなマネジドケアのパイロットプログラムへの参加を表明し、プログラムの作成にはいったが、このプロセスは平坦ではなく、群当局、州、サービスプロバイダー、当事者団体、権利擁護機関等、多様なステークホルダーからなる作成委員会では相互の利益や関心の相違から、当初、議論の進展がみられなかった。トミー・トンブソンの後に州知事に就任したジム・ドイルが、州財政の負担軽減として州レベルのマネジドケア実施を推し進める中で、デーン郡のプログラムも、概要が固められ、二〇〇五年夏から約5千人の対象者に順次、案内書が送付されている。

Health Plan for Community Living の対象者は、一九才以上の成人で SSI 及びメデイケイドを受給している身体障害者、精神障害者(薬物等依存症患者を含む)、高齢者で、地域コミュニティに基盤を置くサービスプロバイダーのネットワークから、地域での自立生活を支援する様々なヘルスケアサービスを提供される。従って施設やナーシングホームで生活している人々は対象とされていない。受給できるサービスは、医師や病院による救急を含む治療、投薬、医療器具、地域支援プログラムや Targeted Case Management を含む精神保健サービス、依存症治療、理学療法、言語障害治療、ホームヘルスサービス、パーソナルケアサービス等となっており、従来のサービスとの比較は

通常の Medicaid (Fee-For-Service)	Health Plan for Community Living
自分で Medicaid を受け付ける医師や病院を探す。	このプランのネットワーク内の医師や病院に行く。
Medicaid を受け付ける医師を探すのは難しいかもしれない。	必要な医師や病院 (provider) を探すのをこのプランが手助けする。
受診記録を管理してくれる医師や看護婦はいない。	受診記録を管理してくれる primary care provider (医師や看護師) を選ぶ。
専門科医の診察を受けるために紹介状は必要ない。	専門科医の診察を受けるための紹介状は必要。
夜間や週末にかかりつけの医師の診察を受けられない場合、自分で別の医師を探さなければならない。	夜間や週末にかかりつけの医師の診察を受けられない場合、このプランが二十四時間電話で探す手助けをする。
その場での現金支払い (Co-payments) が必要な治療もあるかもしれない。	このプランがカバーしている治療にはその場での現金支払いは必要ない。
自分に必要なサービスを自分で探さなければいけない。	ケアコーディネーターが、ヘルスケアのニーズについて判断して、ニーズにあったプランを作成し、必要なサービスを受ける手助けをしたり、他のサービスに紹介したりする。
Community Support Program や Targeted Case Management が必要な場合には郡を通じて手続きが必要。	Community Support Program や Targeted Case Management は、このプランに含まれている。

表1 デーン郡の SSI 受給者マネジドケア (Health Plan for Community Living) と従来のサービスの違い⁽¹¹⁾

表1の通りである。⁽¹¹⁾ここからも明らかなように、このパイロットプログラムは、治療に関するプロバイダーの選択に一定の範囲を設定する一方、リハビリや地域生活サポートを別立てとするのではなく、統合してこのプラン内で供給しようとするものである。筆者による M H C D C 関係者へのインタビューでも、入院や通院、投薬といった医療サービスとリハビリテーションや地域生活支援の各種サービス間を統合し、サービスの重複を防ぐとともに個別ニーズに応じた地域生活支援のメニューを柔軟に提供することが可能になる、という点が、メリットとして最も強調されていた点である。例えば犯罪を起こして収監された精神医療サービスのニーズをもつ人に対するトラウマケア (Greenly 氏)、トレーニングを受けた里親家族のもとの “adult foster care program” や社会生活スキルトレーニング (Ous 氏)、

といった例が出され、こうしたサービスは現在では保険でカバーされないが、新たなマネジドケアシステムではカバーすることが可能になるとの期待が両者から表明された。また、このためには個々のサービス受給者のサービス受給情報を一元化して把握し、ニーズを整理した上でコーディネートする必要があるが、マネジドケア導入はこうした

メリットを実現可能にする、との考え方が両氏から表明された。

勿論、これにより、重複したサービスの除外、医療への依存の減少、就労の促進といった効果が期待されるのであり、これらはさらに医療及び福祉財政の負担軽減をもたらすと考えられている。第1節でみたような「リカバリー」概念の拡大、浸透も、こうした財政の負担軽減を追求するアメリカ合衆国の医療経済事情と無関係ではありえないことは注意しておく必要がある。

一方、サービス受給者が不利を被らないよう、実際に提供されるサービスに対する監視が必要である。提供されるサービスの評価に関して、質の向上に関する委員会(Dane County SSI Managed Care Quality Improvement Committee)によって、達成すべき指標のリストが作成され、データ収集の準備が進められている。例えば精神医療分野に関しては、「精神病の人々が効果的なリカバリーモデルに基づいたサービスを受けている」ことを検証する具体的指標として、「裁判所命令に基づく非自発的治療件数の減少」「雇用就労や通学の維持の増加」「安定した居住生活の保持」「犯罪への関与の減少」といった項目が、また「身体障害をもつ人々の生活の維持と向上」の検証指標として「ケアマネジメントへの満足度」「住居に関する選択の維持と増加」「ケアの選択の維持や増加」といった項目が挙げられており、医療と地域生活支援のサービスの統合の成果を問う形になっている。⁽¹²⁾

木下はアメリカ合衆国で戦後最大の福祉改革法ともいわれる一九九六年「個人責任及び就労機会調整法」(Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act)による公的扶助の引き締めと、委託契約によるプライヴァタイゼーションの推進に関して、特に成功例とされる Wisconsin 州の福祉改革プログラム Wisconsin Works (W-2) の内容と帰結の検討から、本当にサービスを必要としている人にサービスが届いているか、という疑問

を提示している。その成功のよって来たる要因は、サービス利用者数の大幅な減少であり委託を受けた機関は大きな収益を得た。また他州での委託契約獲得のためにW-2の委託金を流用した機関の存在が明るみに出るなど問題が明らかになったことから、様々な成果指標の設定を行ってサービス提供の実質の成果を問いアカウンタビリティを強化するという規制が必要になったという。⁽¹³⁾

パブリックセクターの財政負担を減らすという目的と、ニーズにあったサービスの提供という目的は両立しうるのか、マネジドケアはニーズにあったサービス提供の切り札なのか単なるコストカッターにすぎないのか、必要なサービス量自体が減少してしまうことはないのか、施設ケア量の減少に付随して地域ケア量が増加するのか、サービス提供を受託した機関の不正を防ぎアカウンタビリティを高められるか、等々、デーン郡のパイロットプログラムについても今後、多くの検証作業が必要である。

第3節 新たな課題2…強制的外来治療 (Involuntary Outpatient Commitment)

社会参加促進のための施策の進展という第1節で概観した文脈を再度、確認すれば、一九九〇年代は精神医療サービスのコンシューマー・当事者たちが地域に暮らし参加する度合いを強めていった十年であった。一方で、地域社会に包摂されない、あるいは支援の届かない人々に対する統制が強まるという、いわば、二つの相反する潮流／課題の出現とせめぎあいの時期であったともいえる。

一九六〇年代からの脱施設化 (deinstitutionalization) は州立精神病院の入院者を減らすことでパブリックセクターの財政負担を減らす、という経済的動機を伴っていた。そのため退院させられた精神病患者の中には治療プランや服薬をきちんとモニターされず、地域での生活基盤を築くあてのない人々が極めて多かった。また、一九七〇年代の最高裁は、自傷他害の危険がなく治療を受けなくても病院外で生活できる精神病患者に州が治療を強制すること

はできないとする判断を示した。このこと自体は治療を受けない権利として大きな意味を持つが、断片的な脱施設化の進行のなかで、地域支援の責任主体の不在ともいうべき事態が助長された。こうした背景のもと、治療とも地域支援プログラムとも繋がらずに、ホームレス化したり結果的に症状を悪化させて自傷や他害の危機に陥ったりする患者の問題に対して、精神医療の強い関わりを求める議論が起こり、対処する施策の一つとして広がったのが強制的外来治療（Involuntary Outpatient Commitment）である。⁽¹⁴⁾

Involuntary Outpatient Commitment とは、精神病院等からの退院時だけでなく、（直前に入院していなくて）地域で生活している状態においても、必要とされる基準に合致すれば、一定の期間、地域での外来治療（特に投薬）やプログラムへの参加を裁判所が命令し強制できる規定である。先に第1節でみたようにアメリカ合衆国ではノースカロライナ州を先駆として一九九〇年代末までに三十五州以上で法制化されている。⁽¹⁵⁾

シンクタンクや権利擁護機関による各州の法律比較資料によって主な州の特徴を一覧にしたのが表2である。⁽¹⁶⁾ 各州が、対象とする精神病患者の定義、適用要件の設定をそれぞれ独自に行っている。特に適用要件について強制的入院の決定の際の適用要件と同じ、あるいはほぼ重なっている州は約半数で、他の州はこれより範囲を広く設定している。命令に従わなかった場合の対応についても、特に規定していない州から裁判所による強制的入院の手続へ移行する州まで強弱がある。⁽¹⁷⁾

法制化のプロセスや適用要件の広さによって賛否の議論を先鋭化させた例として、一九九九年制定のニューヨーク州の Kendra's Law ⁽¹⁸⁾ がある。精神病の既往歴をもつ男性が起こした事件の犠牲者の名を冠していることからわかるように、きっかけとなる事件に反応して素早く制定されたこの法は、地域に住む精神病患者を対象として投薬と治療に服従させることで社会防衛を行うという明白な意図をもち、従わなかった対象者に対しては強制的入院治療を命じることができる。⁽¹⁹⁾ 対象者に関する適用要件は、入院治療の強制的場合に用いられる「精神障害をもち自傷他

表2 強制的外来治療 (Involuntary Outpatient Commitment) 各州比較

(Bazelon Center for Mental Health Law, Involuntary Outpatient Commitment: Summary of State Statutes, 2000(*)及び M. Susan Ridgely, Randy Borum and John Petrila, The Effectiveness of Involuntary Outpatient Treatment: Empirical Evidence and the Experience of Eight States, Rand Research Inc., 2001(**)より抜粋して作成) OC=Outpatient Commitment, OT=Outpatient Treatment, CC=Civil Commitment

State	Outpatient Commitment Criteria*	Comparison with Inpatient Criteria*	Other Features** The commitment law...
MICHIGAN	<p>§ 330.1468(2)(c)and(d) Court may order IOC or a combination of IOC and hospitalization for a "person requiring treatment." § 330.1401(1) A "person requiring treatment" is defined as a (a) Person has a mental illness, and who as a result of that mental illness can reasonably be expected within the near future to intentionally or unintentionally seriously physically injure himself or herself or another individual, and who has engaged in an act or acts or made significant threats that are substantially supportive of the expectation ; (b) Person who has mental illness, and who as a result of that mental illness is unable to attend to those of his or her basic physical needs such as food, clothing, or shelter that must be attended to in order for the individual to avoid serious harm in the near future, and who has demonstrated that inability by failing to attend to those basic physical needs ; <i>or</i> (c) Person who has mental illness, whose judgment is so impaired that he or she is unable to understand his or her need for treatment and whose continued behavior as the result of this mental illness can reasonably be expected, on the basis of competent clinical opinion, to result in significant physical harm to himself or herself or others.</p>	<p>Same If an individual is found to be a "person requiring treatment," the court may order the individual hospitalized. § 330.1468(2)(a) and(b)</p>	<p>1.Has three dispositional options, including one for combined hospitalization and alternative treatment; 2.Contains a grave disability provision, as well as a provision permitting treatment of an individual with impaired judgment who as a result may be at risk for physical harm; and 3.Provides for different lengths of commitment for inpatient treatment and alternative treatment.</p>
NEW YORK	<p>Mental Hygiene § 9.60(c) (1) Patient is 18 years of age or older ; (2) patient is suffering from a mental illness ; (3) patient is unlikely to survive safely in the community without supervision, based on a clinical determination ; (4) the patient has a history of lack of compliance with treatment for mental illness that has : (i) at least twice in the last thirty-six months been a significant factor in necessitating hospitalization in a hospital, or receipt of services in a forensic or other mental health unit of a correctional facility or a local correctional facility, not including any period during which the person was hospitalized or incarcerated immediately preceding the filing of the petition or ; (ii) resulted in one or more acts of serious violent behavior toward self or others or threats of, or attempts at, serious physical harm to self or others within the last 48 months, not including any period in which the person was hospitalized or incarcerated immediately preceding the filing of the petition ; (5) the patient is, as a result of his or her mental illness, unlikely to voluntarily participate in the recommended treatment pursuant to the treatment plan ; (6) in view of the patient's treatment history and current behavior, the patient is in need of assisted outpatient treatment in order to prevent a relapse or deterioration which would be likely to result in serious harm to the patient or others ; <i>and</i> (7) it is likely that the patient will benefit from assisted outpatient treatment.</p>	<p>Inpatient commitment requires that a person be: Mentally ill and In need of involuntary care and treatment Mental Hygiene § 9.27 <i>and</i> Pose, by clear and convincing evidence, a substantial threat of physical harm to himself or to others- Goetz v Crosson, 967 F.2d29 (N.Y. 1992).</p>	<p>1.Provides for up to sixty days of involuntary inpatient confinement based on the certificates of two physicians; 2.Contains one of the most detailed outpatient commitment laws in the United States, with detailed eligibility criteria; and 3.Is supported by significant appropriations for intensive community-based services.</p>

State	Outpatient Commitment Criteria*	Comparison with Inpatient Criteria*	Other Features** The commitment law...
NORTH CAROLINA	<p>§ 122 C-263 (d) (1)</p> <p>(a) person is mentally ill</p> <p>(b) person is capable of surviving safely in the community with available supervision from family, friends, or others ;</p> <p>(c) based on psychiatric history, the person is in need of treatment in order to prevent further disability or deterioration that would predictably result in dangerousness (as defined by § 122 C-3(11)) ; and</p> <p>(d) the person's current mental status or the nature of the person's illness limits or negates the person's ability to make an informed decision to seek voluntarily or comply with recommended treatment.</p>	<p>Inpatient commitment requires that respondent is mentally ill and is dangerous to self or others(as defined in § 122C-3(11)(a)and (b))</p> <p>§ 122C-263(d) (2)</p>	<p>1.Contains an OC provision that differs in significant respects from inpatient commitment statue, ex. Making counsel discretionary...</p> <p>2.Defines OT statutorily;</p> <p>3.Permits the use of prior history; and</p> <p>4.Contains a grave disability criterion.</p>
OHIO	<p>§ 5122.15(C)</p> <p>If, upon completion of the hearing, the court finds by clear and convincing evidence that the respondent is a "mentally ill person subject to hospitalization by court order," the court may order the respondent to receive psychiatric or psychological care and treatment for a period not to exceed ninety (90) days.</p> <p>§ 5122.01(B)</p> <p>"Mentally ill person subject to hospitalization by court order" means a mentally ill person who, because of the person's illness :</p> <p>(1) Represents a substantial risk of physical harm to self as manifested by evidence of threats of, or attempts at, suicide or serious self-inflicted bodily harm ;</p> <p>(2) Represents a substantial risk of physical harm to others as manifested by evidence of recent homicidal or other violent behavior, evidence of recent threats that place another in reasonable fear of violent behavior and serious physical harm, or other evidence of present dangerousness ;</p> <p>(3) Represents a substantial and immediate risk of serious physical impairment or injury to self as manifested by evidence that the person is unable to provide for and is not providing for the person's basic physical needs because of the person's mental illness and that appropriate provision for those needs cannot be made immediately available in the community ; or</p> <p>(4) Would benefit from treatment in a hospital for his mental illness and is in need of such treatment as manifested by evidence of behavior that creates a grave and imminent risk to substantial rights of others or himself.</p>	<p>Same</p> <p>§ 5122.15(C)</p>	<p>1.Is a fairly traditional CC law;</p> <p>2.Is applied in an environment in which legal and financial responsibility for the care of those who are civilly committed rests with local boards of alcohol, drug addiction, and mental health services; and</p> <p>3.The fact that the boards have financial responsibility for CC is the most important feature of Ohio system, because it creates incentives to limit the use of commitment and create community services designed to ameliorate the use of commitment.</p>
OREGON	<p>§ 426.130(1)(b)(C)(ii)</p> <p>Court may order IOC for a "mentally ill person."</p> <p>§ 426.005(1)(d)</p> <p>"Mentally ill person" means a person who because of a mental disorder, is one or more of the following :</p> <p>(A) dangerous to self or others ;</p> <p>(B) unable to provide for basic personal needs and is not receiving such care as is necessary for health or safety ; or</p> <p>(C) A person who :</p> <p>(i) Is chronically mentally ill(as defined in § 426.495)</p> <p>(ii)Within the previous three years, has twice been placed in a hospital or approved inpatient facility ;</p> <p>(iii)Is exhibiting symptoms or behavior substantially similar to those that preceded and led to one or more of the hospitalizations or inpatient placements referred to in sub - subparagraph(ii)of this subparagraph ; and</p> <p>(iv)Unless treated, will continue, to a reasonable medical probability, to physically or mentally deteriorate so that the person will become a person described under either or both subparagraph (A) or (B) of this paragraph.</p>	<p>Same</p> <p>§ 426.130(1)(b)(C)</p>	<p>1.Permits OC in some circumstances;</p> <p>2.Includes a grave disability provision;</p> <p>3.Permits commitment if the person's condition is deteriorating and other conditions are met; and</p> <p>4.Permits revocation of trial visits for noncompliance with treatment conditions.</p>

State	Outpatient Commitment Criteria*	Comparison with Inpatient Criteria*	Other Features** The commitment law...
TEXAS	<p>Health and Safety § 574.034(b) Court may order "temporary"(up to 90 days)IOC if :</p> <p>(1) appropriate mental health services are available to the patient ; <i>and</i></p> <p>(2) there is clear and convincing evidence that</p> <p>(A) the patient is mentally ill</p> <p>(B) the nature of the mental illness is severe and persistent ;</p> <p>(C) as a result of the mental illness, the patient will, if not treated continue to : (i)suffer severe and abnormal mental, emotional, or physical distress ; <i>and</i> (ii) experience deterioration of the ability to function independently to the extent that the proposed patient will be unable to live safely in the community without court—ordered outpatient mental health services ; <i>and</i></p> <p>(D) the patient has an inability to participate in outpatient treatment services effectively and voluntarily as demonstrated by : (i)any of the proposed patient's actions occurring within the two—year period which immediately precedes the hearing ; <i>or</i> (ii) specific characteristics of the proposed patient's clinical condition that make impossible a rational and informed decision whether to submit to voluntary outpatient treatment.</p> <p>Health and Safety § 574.035 Court may order "extended" (12 months) IOC if the individual meets the above criteria <i>and</i>...</p> <p>(E) the proposed patient's condition is expected to continue for more than 90 days ; <i>and</i></p> <p>(F) the proposed patient has received court-ordered inpatient mental health services under this subtitle or under Section 5, Article 46.02, Code of Criminal Procedures, for at least 60 consecutive days during the preceding 12 months.</p>	<p>Court may order inpatient commitment if there is clear and convincing evidence that the person is mentally ill and, as a result, is likely to cause serious harm to self or others, or is suffering severe and abnormal distress/inability to function.</p> <p>Health and Safety § 574.034(a)</p>	<p>1.Provides for a court order for OC;</p> <p>2.Uses the same processes for inpatient and outpatient CC;</p> <p>3.Provides some overlap in the criteria for inpatient and outpatient commitment(distress combined with deterioration of functioning and an inability to seek care voluntary), but makes OC unavailable if the individual represents a likely danger to self or others; and</p> <p>4.Provides for the consideration of prior history of up to two years preceding the commitment hearing.</p>
WASH- ING- TON	<p>§ 71.05.240 If the court finds that a person, as the result of a mental disorder, presents a likelihood of serious harm, or is gravely disabled, but that treatment in a less restrictive setting than detention is in the best interest of such person or others, the court shall order an appropriate less restrictive course of treatment for not to exceed 90 days.</p>	<p>If the court finds by a preponderance of the evidence that a person, as the result of mental disorder, presents a likelihood of serious harm, or is gravely disabled, and, after considering less restrictive alternatives to involuntary detention and treatment, finds that no such alternatives are in the best interests of such person or others, the court shall order that such person be detained for involuntary treatment not to exceed 14 days</p> <p>§ 71.05.240</p>	<p>1.Provides explicitly for the use of prior history in making commitment decisions;</p> <p>2.Provides for different periods of commitment for inpatient care and for provided under the least restrictive alternative section of the statute;</p> <p>3.Provides for commitment under a gravely disability standard; and</p> <p>4.Provides a statutory provision establishing judicial decisionmaking for medication decisions.</p>
WIS- CON- SIN**	<p>Wisconsin CC law : 1.Provides for the commitment of an individual if deemed necessary to prevent probable deterioration ; 2.Contains a grave disability provision ; 3.permits the use of medical records data in making a case for commitment ; 4.Permits a court to address medication issues at a probable cause hearing ; 5.Specifies what type of evidence does <i>not</i> constitute adequate proof that the individual meets statutory criteria for commitment ; and 6.Provides for a "settlement agreement" that permits the postponement of a commitment hearing for up to 90 days while the person is treated in an outpatient setting.</p>		

害の明白な恐れ」に加えて、「医学的な見地から、適切な指導（supervision）なしには地域で安全に生活することができない」「治療へのコンプライアンスが欠如している既往がある（二つのサブカテゴリーあり）」「精神病の結果、治療計画に従って勧められた治療に自発的に参加できないと予想される」「既往歴と現在の行動から、自傷他害を導く可能性のある再発や悪化を予防するために assisted outpatient treatment (outpatient commitment と同義) が必要であること」「このプログラムから恩恵を受けると予想されること」という要件をすべて満たす必要がある。⁽²⁰⁾

また患者に対するこの法の適用を各行政区の地域サービス責任者に対して申請する権利は、患者の家族や同室者、患者の入院あるいは入所する施設の長、治療を行う精神科医またはその指導精神科医、患者が居住する（と思われる）地域の福祉・医療関係者、患者を担当する司法保護司に与えられ、精神科医の診察によって、先に挙げたクライテリアが満たされていることの立証が必要である。法廷によって任命された精神科医が作成した治療計画の提出や、審理の際に患者が法廷弁護人をつける権利の保障、中断や更新の際の手続きなども定められている。⁽²¹⁾しかし、適用要件の幅広さや申請の権利を持つ者の範囲の広さに対して解釈や運用の拡大を危惧する意見があり、また、そもそも法制化のきっかけとなった事件の犯人の男性は、実際には支援を求めてシエルターを訪れたり、短期間の入院を繰り返したりしており、適切なケースマネジメントの不在のため結局、ホームレス生活を余儀なくされていたことから、治療や支援を求めている人をニーズに合うサービスと結びつけられないことや、サービス量不足というより本質的な問題が、強制治療システムの影に隠れてしまう問題点も指摘されている。⁽²²⁾

このように制度の妥当性と有効性については長年、議論のあるところである。自身の病気に対する認識がなく入院退院を繰り返すいわゆる「回転ドア患者」に対してその治療を促進する見地から条件付きで支持する立場（Brooks）、予防拘禁だとして反対する立場（Ems）、公正なデュープロセスに従い患者が法的な、またその他のアドボカシーサービスを受けられる場合にのみ患者の権利と利益が守られるとして慎重な立場（Her）等、立場が分かれ多面的

で論争を引き起こすイシューとなっている。⁽²³⁾

賛成派は、自身の認識やニーズの理解ができない状態の患者が服薬を中断し、また妄想や幻聴によって考えや行動を支配されている状態は、真に自由とはいえず、その結果としてホームレス化や刑務所への収監（例えば浮浪も不法な生活妨害としてその原因となる、といったように微罪による多くの収監ケースが存在する）、暴力、自殺といった問題が起こるのを防ぐために必要な制度である、と主張する。⁽²⁴⁾ 生物学的病因論をとることも多く、治療として投薬を特に重視している傾向があるように思われる。反対派は、強制的外来治療は市民的自由の制限であり、自己決定や適正手続き、治療を拒否する権利に対する脅威であるという立場に立ち、社会支援の不備の犠牲者である患者の側に責任を負わせて、ますます必要なサービス形成の資金を奪うものだと言主張する。投薬については向精神薬の副作用に注意を喚起して慎重であり、また、危険性の予知という恣意的になりやすい根拠によって、警察の責任を増し予防拘禁を行うに等しい、と指摘するものもある。⁽²⁵⁾ 両者の議論は現にあるサービスやプログラムが必要量を下回って不足している、という現状認識では一致しているが、自由や権利の尊重と制限という価値の葛藤を根底にもち、社会はどういった制度やサービスに投資していくべきかについて対立している。

有効性については検証研究が既にいくつか行われているが評価はばらついており一定しない。⁽²⁶⁾ 従って、賛否の議論が有効性の有無の確定によって収束する可能性は今のところ考えにくい。しかし有効性に影響のある変数として例えば、対象患者を実際に引き受ける地域の精神医療センターの積極性、対象患者が参加できるプログラム等地域資源の量、といった地域資源の量と質に関わる指標が指摘されており、このことは結局、地域資源の充足と適切な配分こそが本質的な解決方法であるということを示しているのではないだろうか。

なお、日本において強制的外来治療制度の表面的な導入論に陥らないために、ふまえておくべきと考えられるア

メリカ合衆国の法制度や精神医療史、社会情勢といった固有条件を以下に指摘しておく。

まず何より、アメリカ合衆国の脱施設化過程で地域生活支援の整備が後手に回ったことの影響をよくふまえておく必要がある。その結果、ホームレス化した人々や、刑務所で精神医療ニーズをもつ人々の占める割合が多くなり、社会問題化した。ナースینگホームや刑務所のような精神病院以外の施設の収容者の中に、精神医療上の問題を抱える人々の人口が移ってきてしまう問題は、*“trans-institutionalization”*といわれるが、今後、脱施設化を進めて

いく日本にとつては、そのプロセスを地域への社会資源移動を中心に設計することで回避することが可能なものである。⁽²⁷⁾次に、州毎に相当の独自性があることである。*involuntary outpatient commitment*として一括されるこの制度は、各州毎に、名称、対象とする精神病患者の定義、適用要件、手続き等々にバラエティがあることは先に見た。

またそれぞれの州の精神医療システムも、郡が主体か、州が主体か、というように違いをもち、地域生活支援のプログラム⁽²⁸⁾の量や質にもばらつきがある。よつて運用の仕方も変わってくる可能性があり、ある州の成功事例が他州や連邦レベルにもそのまま当てはまる、ということにはならない。⁽²⁸⁾さらに、強制に関する徹底した倫理的検討による制度理念の形成も必要である。例えば一九七八年から現在まで六版の改訂を経てきた *Contemporary Issues in*

Bioethics (Tom L. Beauchamp & LeRoy Walters ed., Wadsworth, 1978, 1982, 1989, 1994, 1999, 2003) の目次より、精神医療分野における強制的治療の是非に関する文献の呈示を追ってみた結果、一九七〇年代後半～一九八〇年代の第一、二、三各版において、インフォームド・コンセントや個人情報秘匿性とともに強制そのものに関する章が設定され主要な議論が収集されている。また、マネジドケア導入時期の一九九〇年代の第四、五版には医療資源の公平な分配に関する議論が収集されている。先端的な生命科学技術の導入の是非に関してのみならず、社会的、経済的な制度導入についても、その根底の価値観について合意形成を目指す場としくみが必要であることに留意すべきである。⁽²⁹⁾

以上、権利擁護制度との関わりという視点から、第1節では、「リカバリー」概念の普及からサービスへの当事者参加と権利・自由の拡大の側面を、第3節では、強制的外来治療の法制化に関する諸問題の検討からサービスへの関わりの強制、権利・自由の制限の側面を、それぞれ検討した。また第2節では一九九〇年代の精神医療政策の底流にあったコスト問題への対応策という側面のつよいマネジドケアについて、リカバリー概念を前提として地域生活支援プログラムを統合しようとしているデーン郡の例を紹介し検討した。

次章では、医療・福祉領域におけるサービスの受け手としての当事者の権利・自由の拡大と制限、サービス提供システムの経済性重視という変化に対応して、当事者の権利擁護と参加を進めていく制度的仕掛けとしての権利擁護機関について、今後の日本の展望をふまえて論じる。

第3章 註

- (1) Carol T. Mowbray and Mark C. Holter, *Mental Health and Mental Illness : Out of Closet?, Social Service Review*, March 2000, p.137
- (2) *Olmstead v. L. C.*, 119 S. Ct.2176, 2181 [1999]°. Bazelon Center for Mental Health Law, *Under Court Order : What the Community Integration Mandate Means for People with Mental Illness*, 1999 参照。
- (3) *Sergeon General Report*, 1999, pp.97-100。また、木村真理子「リカヴァリを志向する精神保健福祉システム…当事者活動の拡大に向けて」その1・その2『精神科看護』31巻3号(通巻138) pp.48-52及び31巻4号(通巻139) pp.52-54。二〇〇四年三月・四月、参照。
- (4) Douglas Noordsy et al., *Recovery from Mental Illness : an International and Functional Outcome Definition, International Review of Psychiatry*, 14, 2000, pp.318-326
- (5) 例えばウィスコンシン州の精神保健当局が出版した *Recovery and the Mental Health Consumer Movement in Wisconsin*, December 2001 は、「リカバリープロジェクトチームによってまとめられたリカバリーをもたらす内的条件として希望(Hope)・治癒(Healing)・エンパワメント(Empowerment)・関係性(Connection)を、外的条件として人権保障(Human Rights)・治癒を積極的に受け入れる文化(Positive Culture of Healing)・リカバリー概念に基づくサービス(Recovery-Oriented Services)をあげ相互の関係を解説している。ウィスコンシン州の精神医療政策におけるリカバリー概念導入プロセスの研究としては Nora Jacobson, *In Recovery : The Making of Mental Health Policy*, Vanderbilt University Press, 2004 参

照。

- (6) Amanda Smith Barusch, *Foundations of Social Work*, Thomson, 2002, pp.185-188
- (7) *Surgeon General Report*, 1999 第2章 pp.73-74より、以下、パブリックセクターとは、連邦政府や州、郡といった公的機関によって直接、運営されるサービス(例えば州や郡の精神病院)と、そうした公的機関の支出によって提供されるサービス(例えばメディケイド、メディケア)の両方を指して用いる。公的な支出によって支払われるサービスを私的組織が提供する、という場合もある。プライベートセクターとは、私的組織によって直接、運営されるサービスと、私的組織によって財源をまかなわれるサービス(例えば企業が雇用者に提供する保険プラン)の両方を指して用いる。
- (8) Mowbray and Holter, *ibid.*, pp.144-145。メディケイドはナースینگホームへの入所費用もカバーしてきた。アメリカの医療制度については後藤玲子「公的扶助」藤田伍一・塩野谷祐一(編)『先進諸国の社会保障7 アメリカ』東京大学出版会、二〇〇〇年、pp.151-168、広井良典「医療制度—マネジドケアを中心に—」同上、pp.171-184を参照。
- (9) Nora Jacobson, *ibid.*, pp.21-26。また、The Blue Ribbon Commission on Mental Health, *Final Report*, 1997。なお、同様の主旨のパイロットプログラムがシルウォーキー郡でも進行中である。http://dhfs.wisconsin.gov/medicaid/7/index.htm 二〇〇五年八月三十一日参照。
- (10) http://dhfs.wisconsin.gov/medicaid/7/advisory-committee/dane/documentation/analysis_7_30_04.htm 二〇〇五年八月三十一日参照。
- (11) 表1は Department of Health and Family Services, Division of Health Care Financing, Health Plan for Community Living : A Guide to The Wisconsin Medicaid Supplemental Security Income (SSI) Managed Care Program, P.7, July 2005 より作成。
- (12) Wisconsin Coalition for Advocacy (WCA) の Dianne Greenly 氏へのインタビューの際、呈示された資料 Dane SSI Managed Care Quality Improvement Committee, MCO Quality Goals, Measures, and Indicators, May 6, 2005 による。
- (13) 木下武徳「アメリカ社会福祉政策におけるプライヴァタイズーション—ウィスコンシン州福祉改革における委託契約を中心に—」渋谷博史・渡瀬義男・樋口均編、『アメリカの福祉国家システム—市場主導型レジームの理念と構造—』東京大学出版会、二〇〇三年、pp.187-214。なお、マネジドケアで患者に対する医療を極度に制限しているという保険会社への強い批判を背景として、保険会社に対して患者が裁判を起こす権利を保障する形で患者の権利法 (Patients' Bill of Rights) が修正を経て二〇〇一年夏に下院を通過している。岩屋孝彦・水戸部秀貴「患者の権利法、下院を通過」『JETRO New York The American Report』vol 5 (20) August 3, 2001 (日医総研(JMARI)) http://www.jmari.med.or.jp/research.php?src=research_report_2&cno=501 二〇〇五年八月一九日参照)。また、Jonathan Gardner and Ed Lovern, House OKs patients' rights, *Modern Healthline*, Crain Communication Inc., August 6, 2001 (LexisNexis™ Academic 検索による) 参照。
- (14) 治療を受けない権利及び強制入院の根拠については、例えば若井宣子『精神障害者福祉と司法』尚学社、一九九七年、pp.5-98 参照。

(15) Howard Jacob Karger, James Midgley and C. Brené Brown ed., *Controversial Issues in Social Policy* (Second Edition), Allyn and Bacon, 2003, p.179

訳語については非自発的通院命令とするものもあり(註27参照)一定していないが、本論では強制的外来治療を用いた。

(16) 各州の法整備状況は Bazelton Center for Mental Health Law, *Involuntary Outpatient Commitment Summary of State Statutes*, April, 2000 による。なおこの時点では、カリフォルニア州が検討段階。またウィスコンシン州は Bazelton Center のリストに挙げられていないが、WCA の Dianne Greenly 氏によれば、ウィスコンシン州の精神保健に関する法律では一九七〇年代に非自発的治療に関する法整備を行った際、既に、入院治療に関しても外来治療に関しても同じクライテリアを適用する法律となったことであり、おそらく新規の立法ではないから掲載されていないのではないかと考えられる。

(17) 今回、入手し使用したのは Bazelton Center for Mental Health Law, *ibid.* (二七州及びコロンビア特別区の比較) と、M. Susan Ridgely, Randy Borum and John Petila, *The Effectiveness of Involuntary Outpatient Treatment: Empirical Evidence and the Experience of Eight States*, Rand (Rand Research Inc.), 2001 による八州比較である。表の八州は、後者の研究がとりあげている八州であり、前者の研究中の対応する各州部分を選択・抜粋して組み合わせ、作成したものである。後者の研究は、カリフォルニア州がこの制度を導入するか否かを議論する際の検討資料として提出されたもので、検証研究がなされている、適用要件を「重大な障害がある (grave disability)」として広げている、郡主体の精神医療システムである、エスニシティ構造が多様である、という条件のいずれかあるいは複数を満たすという基準で選ばれた。Rand Research Inc. については WCA の Dianne Greenly 氏に教示して頂いた。

(18) 事件報道については 1999 年 1 月 4 日以降、Lexis Nexis の報道データベースで多数検索可能である。例えば Amy Waldman, *Woman Killed in a Subway Station Attack*, *The New York Times*, January 4, 1999, p.B.3:4 なお、毎日新聞二〇〇一年六月一六日に、大阪府池田市の学校乱入殺傷事件をめぐる対応との関連で、本事件に関する紹介がされている。

(19) Mowbray and Holter, *ibid.*, p.166

(20) Bazelton Center, *ibid.* なお、訳語について、斉藤卓弥・勝田有子・西松能子、「アメリカでの精神科強制外来治療のシステムと実態——ニューヨーク州 Assisted Outpatient Treatment (AOT) からの検討——」、『臨床精神医学』32、二〇〇三年、pp.695-702 を参照した。

(21) 斉藤ら、前掲、pp.696-698

(22) National Stigma Clearinghouse, *Seven Misconceptions about Kenta's Law*, From the web-page : <http://home.stny.ny.com/dmda/april.html> 二〇〇五年六月一六日参照。また、犯人の男性は事件を起こす前の過去二年間に一四回、そのほとんどが一週間程度の短期の精神病院入院を繰り返していたが、退院時には何のサポートもなかったこと、もし適切な公的住居への入居支援やインテンシブケースマネジメント、外来治療があったなら、もっと少ない費用で彼のニーズにあった支援が行われたはずである、という州による検証結果について Michael Winerip, *Report Faults Care of*

Man Who Pushed Woman Onto Tracks, *The New York Times*, November 5, 1999, p.B, 1:2

(23) Bruce J. Winick and Ken Kress, A Symposium on Outpatient Commitment Dedicated to Bruce Ennis, Alexander Brooks, and Stanley Herr. *Psychology, Public Policy, and Law*, Vol.9 (1-2), pp.3-7, 2003 (March-June)

(24) Fuller E. Torrey and Mary Zdanowicz in Karger et al. ed., *ibid.*, p.180-187

(25) Kia J. Bentley and Melissa Floyd Taylor, in Karger et al. ed., *ibid.*, p.187-195

(26) Smith Barnsch, *ibid.* 及び Rand 報告書

(27) 例えば、こうした背後要因の違いを考慮しないいきなり導入論に走るのではなく、現行制度内でできる方策を開発することも重要である。

例として、佐藤親次・本間久美子・小嶋秀悟・簗下成子・小泉義紀・伊藤晋二・森田展彰・William B. Cleary、措置入院患者の措置退院時会議及び退院後の外来治療体験から―米国の条件付き退院制度及び非自発的通院命令の紹介―、犯罪学雑誌、67(4)、二〇〇一年、pp.164-168で紹介されている措置退院時会議の例など。ただしこの筆者らが現行制度下での事例経験の問題点として挙げている転院・転医によるフォローの困難や関係機関の担当者の異動による連携の頓挫は、情報の管理と引き継ぎや他機関との連携の不十分さという、行政や病院が組織として恒常的にもつ特徴であり、Involuntary Outpatient Commitmentの導入によって解決されるものではないかと思われる。

(28) 例えば郡が主体となるシステムをとるのは Wisconsin、カリフォルニア、ニューヨーク、オハイオ等、州が主体となるシステムをとるのは南部諸州が多いと言われる。

(29) 渋谷が「(大量の無保険者の存在という)犠牲とコストを支払ってでも、アメリカ的な論理を背骨とする経済社会システムの方が健全である」と、国民が民主主義の手続きを経て選択するのであれば、アメリカ型福祉国家もそういうものにならざるを得ない。」と述べているように、根底の価値観について合意形成を行うプロセスの保障自体は、その結果形成される合意の内容とは無関係であることも、アメリカの制度を参照する際にふまえておく必要がある。渋谷博史「基軸国アメリカが示す福祉国家モデル」渋谷博史、渡瀬義男、樋口均(編)『アメリカの福祉国家システム―市場主導型レジームの理念と構造―』東京大学出版会、二〇〇三年、pp.121-154

終章 権利擁護機関の役割

第1節 権利擁護機関の変遷と役割：Wisconsin Coalition for Advocacy (MCA)の事例から

Wisconsinコンシン州で障害をもつ人々の権利擁護機関として州の認定を受けている Wisconsin Coalition for Advo-

cacy (WCA) は、もともと、一九七七年に設立され知的障害者の権利擁護機関として Wisconsin 州に認定された非営利団体である。一九八〇年代には、七〇年代までの脱施設化の後、地域生活支援のサービスが未発達なために結局、ナースィングホームに居住することを余儀なくされた障害をもつ人々に関する調査や権利擁護に取り組み、医療やリハビリ、地域生活に向けた準備プログラムの不在を批判するとともに必要なサービスの施策提言を行ったり、知的障害をもつ子どもの教育保障への取り組みや親への支援プログラムを実施していくなど、活動の幅を広げていった。一九八四年には会員組織形態をとるようになって市民へのプレゼンスを強め、また、活動に精神障害者の権利擁護を加えた。⁽¹⁾ 障害者に関する政策や予算形成の情報をいち早く流して地域出身の議員への働きかけや公聴会への参加を呼びかけるといった、社会運動の組織者としての側面ももっている。一九九〇年代後半には、第3章2節でみた Wisconsin 州のマネジドケア導入についての特別検討委員会に加わって、プログラム作成にもステークホルダーとして参加しており、政策策定への積極的関与を強めている。最近では、刑務所に収監された人々の中に精神医療のニーズをもつ人々が多く含まれるにもかかわらず、⁽²⁾ 収監中も釈放後も十分なフォローがないためにコミュニティに包摂されず再犯を繰り返してしまう問題に対処するため、こうした人々への権利擁護活動のための専任スタッフが加わった。二〇〇四年の年次報告によれば、マディソン、ミルウォーキー、ライスレイクの州内三カ所にオフィスを持ち、それぞれ二六名、十二名、二名のスタッフ（弁護士及びアドボカシースペシャリスト等）を擁し、障害をもつ女性に対する暴力に関するプロジェクトが新たに組まれるなど、活動が進展中である。こうした権利擁護（アドボカシー）活動は、知的障害者や精神障害者の権利擁護活動を行う機関を各州が設立したり指定したりするよう定めた連邦法に拠っており、WCAの毎年の活動財源の大部分は連邦政府からの資金である。例えば二〇〇四年の収入では競争的資金も含めて約九〇%を連邦政府から得ている。⁽³⁾

権利擁護組織一般について Andrews と Edwards は、「社会運動を引き起こしたりあるいはそれに抵抗したりしながら、公共の利益に関する要求―その要求が実施された暁には、他の有権者や集団の社会的、文化的、政治的、経済的利益や価値と対立するかもしれない―を行う」、O'Neill は「自団体のメンバーの利益のみならずむしろ社会的なより広い目的や善をめざしてロビーイングを行ったり情報を集めたりするグループで、特定の集団―女性、マイノリティグループ、障害者、飲酒運転事故の犠牲者、拳銃による（起こりうる事件の）犠牲者など―を代表していても、自分たちの活動が社会全体の利益になると確信している」非営利の組織、と定義し、一九六〇年代以降、成長してきたこうした組織は、政策過程において議題設定、意思決定への参加、めざす政策の実施や法制化への積極的関与と監視、長期的優先課題や政治制度の資源移動といった影響を及ぼすようになってい⁽⁴⁾と分析した。こうした組織によって、様々なマイノリティグループの当事者による社会参加が促進されていくのである。

第2節 日本における地域への社会資源移動と権利擁護の展望

日本の精神医療制度において、精神病院入院患者の権利擁護のための機関として各都道府県及び政令指定都市に設置されている精神医療審査会がある。また、東京、大阪等いくつかの都市に民間団体として権利擁護センターが設立されて精力的な活動を行っている。こうした団体にとって安定した活動財源を保障する制度基盤は未だ弱い⁽⁵⁾が、大阪府が二〇〇二年度から、精神病院への権利擁護団体によるオンブズマン派遣を府の事業として支援すると決めたことが注目されている。

精神医療審査会については、発足当初からその機能について必ずしも、期待される役割を果たしていないという批判があった。精神保健指定医の資格をもつ医療委員が構成上、半数を超えることや、その専門性の権威に他の委員が対抗しにくいといった医療側偏重の委員会構成が批判点の一つである。平成十三年度厚生科学研究「人権擁護

のための精神医療審査会の活性化に関する研究」班は報告書のなかで、審査会制度への批判と不信の理由として①退院や処遇改善の請求が少ない②審査が遅い③審査されたとしても、請求が受け入れられることは滅多にない④書類審査が形骸化している⑤審査会で発言権の大きい医療委員は、審査される医療側の利益から独立ではない⑥非医療委員には、精神科医療への理解に乏しい委員もいる⑦審査会は患者個人の医療のあり方には介入できるが、病院の医療姿勢には直接関与できない、といった現状が想定できるとしている。また「審査会制度は、患者の人権擁護の上で強力な権限をもっており、法改正のたびに権限が強化されてきたにもかかわらず、精神科病院における人権侵害事件は後を絶たないのが現状である。退院請求も平成十二年度（二〇〇〇年度）には全国で一、三四七件に上ったが、約十万人の非自発的入院患者数に比較すると、決して高い水準とはいえない。また、自治体間格差および病院間格差が著しい。」と指摘し、審査会活動を活性化し審査会制度の趣旨を実現するための提言として、①事務局機能の強化②精神医療審査会評価機構の設立③問題事例の集積と検討会の開催④人権擁護関連NGO活動の育成の4点を挙げている。⁽⁵⁾特に④に関しては、本章第1節でみたWCAやその活動の根拠となっているアメリカ合衆国の⁽⁶⁾非営利団体に関する法制度は参考にしていくべきではないだろうか。

ここでは右の指摘に加え、西日本のA県及び政令指定都市B市の審査会委員経験者へのインタビュー調査で明らかに⁽⁷⁾なった次の点を指摘したい。それは、退院を希望する患者当事者の主張と、引き受けを拒否し病院への収容続行を望む家族との間で、病状が安定していると考えられるケースでも入院続行か家族のもとへの退院か、という二者択一しか審査会の判断の選択肢がない、という現実である。審査会の業務に慣れいくつかのケースを扱っていくうちに、地域で利用可能な住宅、医療、就労支援、といった家族以外の支援とサービスメニューの選択肢があれば、退院して治療や生活を維持できると考えられるケースに対して、現在ではなす術がない、という悩みを抱える有識

者委員経験者もいた。施設か家族か、という二者択一は、高齢者介護や障害者介護と同じく社会的入院や施設収容を結局、やむをえぬこととして正当化する。十分な地域資源の存在とその活用に関する情報提供がないと社会的入院をチェックするシステムは形骸化し役割を十分に発揮できないということであり、社会的入院を防ぎ地域生活を続行しうる医療・福祉の多様な社会資源の選択肢と、精神医療における患者当事者の権利擁護は、不可分の密接な関係にあることを上のインタビュー調査で確認できた。

入院（施設）から地域へ、という脱施設化は、ケースマネジメントや住居や就労支援等々、十分な地域でのサービスを準備するプロセスと平行して計画されてこそ、当事者の権利擁護を実質あるものにすることは右で見た。そうした地域サービスは強制的外来治療の導入を論じる以前に確保されるべきものである。そうでなければ「患者にとって最も制限の少ない最善の方法」としてではなく予防拘禁と同じ意味合いを持つ仕組みとなることがアメリカ合衆国において既に指摘され批判されていることは第3章第3節でみた通りである。

WCAはナーシングホームで治療や支援を受けずに暮らす障害者の権利擁護に取り組み、地域生活支援サービスの政策形成に加わり、刑事裁判システムのの中で取り残された精神医療ニーズをもつ人々の法廷での支援や社会復帰後のプログラム作成を模索してきた。刻々と変化する状況から生み出される課題に対応するこのような権利擁護機関の活動は、障害者専用の入所施設や精神病院への強制的入院に対する不服申し立てを法的に擁護する伝統的な活動に加えて、社会資源が地域に確実に移動して適切に運用されるよう監視するものである。規制緩和や市場化といった形でパブリックセクターがサービスの直接的な提供から退いていく中で、こうした組織とその活動を公的支出で支えることでパブリックセンターの役割と責任を果たしていくシステムに、今後、日本でももっと注目していくべきであると考ええる。

- (1) WCA, *Wisconsin Coalition for Advocacy 1984* より。これは Annual Report に該当するものである。
- (2) アメリカ合衆国のテレビ局PBSのプログラムFRONTLINEで二〇〇五年五月一〇日に放送された番組 The New Asylums は刑務所内での精神病患者の実態をテーマとしており、そのホームページ <http://www.pbs.org/wgbh/pages/frontline/shows/asylums/etc/maptext.html> に資料として掲載されている各州データによれば、刑務所の収監者全体のうち精神医療分野の問題を抱える者の割合は一〇%代半ばから二〇%代半ばである。
- (3) Wisconsin Coalition for Advocacy, *Report to Community 2004* なお連邦法による各州への権利擁護機関設置の義務づけに関しては本論第1章第2節参照。

- (4) Kenneth T. Andrews and Bob Edwards, *Advocacy Organizations in the U.S. Political Process, Annual Review of Sociology*, 30, 2004, pp.479-506
- (5) 山崎敏雄他『人権擁護のための精神医療審査会の活性化に関する研究 平成13年厚生科学研究報告書』二〇〇二年、pp.10-15
- (6) アメリカ合衆国における強制的な精神病院への入院手続き及び患者の治療拒否権の承認に関する一九七〇年代以降の法改革プロセスを検証した横藤田は、「法」と「医」のせめぎあいの中から対話と相互理解が徐々になされたことを指摘し、「医」の側に法手続きを重視する姿勢が、「法」の側に適切な治療提供という法の本来の目的を阻害する施行の弊害に対する認識が、形成されたことを評価している。(横藤田誠「アメリカにおける精神医療をめぐる法改革の功罪」『法と精神医療』15巻、二〇〇一年、pp.1-19)「法」と「医」という伝統的な専門家集団の交流に加えてここでは権利擁護機関の重要性を指摘しておきたい。
- (7) このインタビュー調査は、二〇〇一〜二〇〇三年度文部科学省研究費補助金を受けた研究課題「精神医療改革と権利擁護制度形成に関するアメリカ・カナダ・日本比較研究」の一環として、二〇〇四年二月に行った。B市では精神保健福祉センターの職員の方に、精神医療審査会の事務局の仕事状況についても伺った。

追記…本論文は、二〇〇四年度文部科学省海外先進教育研究実践支援プログラムに採用された、「医療・福祉領域における人権擁護制度の研究」により、二〇〇五年二月〜九月に七ヵ月派遣されたウイスコンシン大学マディソン校ソーシャルワーク大学院での研究及び資料収集の成果に基づいて執筆した。